

En 2017, plus de la moitié des patients admis en hospitalisation à domicile (HAD) sont âgés de 65 ans ou plus. Les femmes sont prises en charge plus jeunes, 16 % de leurs séjours étant liés à la périnatalité. Les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et les traitements intraveineux sont les quatre principaux motifs d'admission (deux tiers des séjours). Les séjours pour soins de nursing lourds sont les plus longs (49 jours, contre 18 en moyenne, tous motifs confondus) et concernent les patients les plus dépendants. À l'inverse, les séjours techniques de cancérologie durent en moyenne 5 jours et 95 % des patients sont autonomes ou faiblement dépendants. Près des deux tiers des séjours d'HAD sont réalisés au profit de patients provenant d'un établissement de santé avec hébergement.

Depuis sa mise en place en 1957, l'hospitalisation à domicile (HAD) est destinée aux « malades de tous âges – enfants, adolescents, adultes – atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, souvent multiples, évolutives et/ou instables qui, en l'absence de prise en charge en structure d'hospitalisation à domicile, relèveraient d'une hospitalisation complète ».

L'HAD, activité multiforme, doit s'adapter à des prises en charge variées

Les soins techniques de cancérologie, les soins palliatifs, les pansements complexes et soins spécifiques et les traitements intraveineux sont les principaux motifs d'admission des patients en HAD en nombre de séjours, puisqu'ils représentent 67 % des séjours (*tableau 1*) [voir fiche 19, « Les établissements d'hospitalisation à domicile », graphique 1].

La durée des séjours en HAD varie beaucoup suivant le motif d'admission. Les soins de nursing lourds¹, les pansements complexes et soins spécifiques, l'assistance respiratoire ou nutritionnelle, les soins palliatifs et la rééducation, réadaptation, éducation donnent lieu à des séjours bien plus longs, et qui s'adressent à des patients plus dépendants. Si l'on considère les séjours terminés et monoséquences²,

les séjours pour soins de nursing lourds durent en moyenne 49 jours, contre 18 jours pour la moyenne des séjours en HAD. Ils sont quatre fois plus longs qu'un séjour de périnatalité (11 jours) et dix fois plus longs qu'un séjour pour soins techniques de cancérologie (5 jours). En périnatalité, les séjours concernent des post-partum pathologiques (58 %), la surveillance des grossesses à risque (28 %) ou la prise en charge des nouveau-nés à risque (12 %). Les soins de chimiothérapie anticancéreuse constituent l'essentiel des séjours de cancérologie (70 %), le reste relevant de la surveillance postchimiothérapie. Le degré de dépendance des patients, lié notamment à leur âge, varie nettement suivant le mode de prise en charge et explique pour partie la durée plus ou moins longue des séjours. En périnatalité ou en cancérologie, les patients sont autonomes ou faiblement dépendants, alors que les patients en soins de nursing lourds sont, par définition, des malades ayant perdu toute autonomie : 92 % d'entre eux sont moyennement ou fortement dépendants (*tableau 1*). Les patients en HAD pour assistance respiratoire ou nutritionnelle et pour soins palliatifs sont également parmi les patients les plus dépendants (respectivement 64 % et 74 % moyennement à fortement dépendants).

1. Les soins de nursing lourds regroupent des soins infirmiers dispensés à des malades plus dépendants que pour des soins infirmiers classiques. Les patients sont souvent en perte d'autonomie ou en fin de vie.

2. Un séjour est dit « monoséquence » lorsque le mode de prise en charge reste le même tout au long du séjour.

Plus de la moitié des séjours d'HAD accueillent des personnes âgées

L'HAD concerne des patients de tous les âges, de la naissance à la fin de vie (*graphique 1*). Cependant, même si l'HAD n'a pas pour mission de répondre

spécifiquement aux besoins des personnes âgées, leur part est de plus en plus importante. En 2017, les patients âgés de 65 ans ou plus totalisent 54 % des séjours (dont 24 % pour les 80 ans ou plus). Les enfants et adolescents (jusqu'à 15 ans) représentent,

Tableau 1 Répartition des séjours selon le mode de prise en charge principal et le degré de dépendance du patient observés à l'admission en 2017

Modes de prise en charge principaux regroupés ¹	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Pour les séjours monoséquences terminés en 2017 ²	Degré de dépendance globale du patient, observé à l'admission			
			Durée moyenne (en journées)	Patients complètement autonomes (en %)	Patients faiblement dépendants (en %)	Patients moyennement dépendants (en %)	Patients fortement dépendants (en %)
Soins techniques de cancérologie	42	306	5	53	42	5	1
Soins palliatifs	38	1 225	24	2	24	37	37
Pansements complexes et soins spécifiques	33	1 437	38	18	43	25	14
Traitements intraveineux	21	383	12	25	46	18	10
Périnatalité	18	211	11	52	41	0	6
Autres motifs de prise en charge ²	15	282	11	20	43	18	20
Assistance respiratoire ou nutritionnelle	14	598	32	2	34	32	32
Soins de nursing lourds	7	422	49	0	8	47	44
Post-traitement chirurgical	6	147	17	18	62	16	4
Rééducation, réadaptation, éducation	5	154	23	9	44	35	13
Sortie précoce de chirurgie	0,3	4	7	35	33	28	4
Ensemble⁴	199	5 167	18	24	38	21	17

1. Les modes de prise en charge principaux sont ceux à l'admission. Ils sont agrégés selon un regroupement logique médical par rapport aux 23 modes de prises en charge existant dans le recueil.

2. Les autres motifs de prise en charge regroupent la prise en charge de la douleur, les transfusions sanguines, les surveillances d'aplasie et les autres traitements non cités ailleurs.

3. Environ 186 000 séjours terminés sont comptabilisés en 2017, soit 93 % des séjours d'HAD, et 140 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge), soit 70 % des séjours d'HAD.

4. Un unique séjour de 6 jours a été exclu des données de ce tableau, car son mode de prise en charge principal n'était pas renseigné.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Source > ATIH, PMSI-HAD 2017, traitements DREES.

pour leur part, 7 % des séjours, dont 4 % pour les nourrissons. Pour les femmes, les soins techniques de cancérologie sont le premier motif de prise en charge en HAD (21 % des séjours). La périnatalité, qui était encore le premier motif de prise en charge en 2014 (30 % des séjours), principalement pour les 25-39 ans, est devenue le troisième motif de prise en charge (16 % des séjours)³, notamment du fait de la restriction du champ des activités périnatales autorisées en HAD. Pour les hommes, l'HAD intervient principalement à partir de 40 ans (85 % des séjours). Dans cette tranche d'âge, les soins palliatifs représentent presque un séjour sur quatre.

Une hospitalisation en établissement serait raccourcie ou évitée pour près de deux patients sur trois

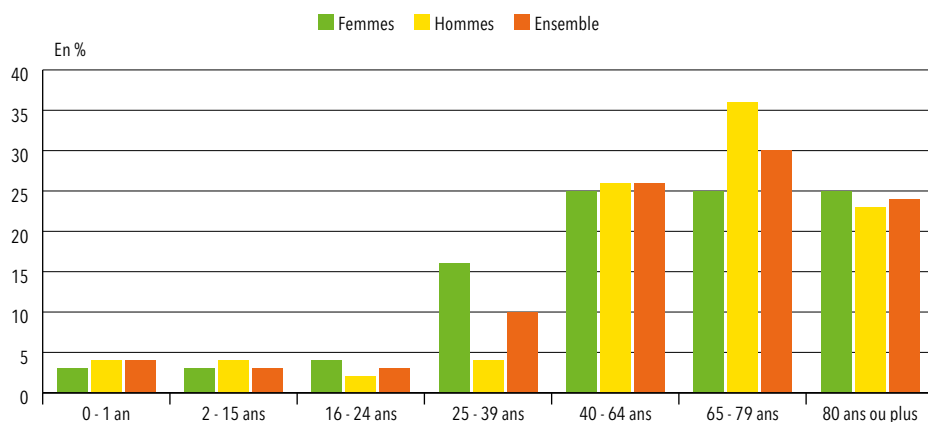
L'HAD propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville, ce qui en fait une activité vraiment multiforme. L'admission et la sortie d'HAD peuvent ainsi être prescrites aussi bien par le médecin hospitalier que par le médecin

traitant. Son objectif peut être d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation.

En 2017, d'après les données du PMSI-HAD, pour plus d'un tiers des séjours en HAD, les patients sont admis directement depuis leur domicile (schéma 1). Pour une très grande majorité d'entre eux, l'HAD éviterait une hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, puisque 27 % des séjours d'HAD permettent aux patients de demeurer chez eux en fin de séjour. Par ailleurs, à défaut de l'éviter, l'HAD retarderait l'hospitalisation complète pour 5 % des séjours d'HAD, dans la mesure où ces patients ont été transférés en établissement traditionnel à la suite de leur hospitalisation à domicile.

Plus de 60 % des séjours en HAD concernent des patients qui y ont été admis après une prise en charge en établissement de santé traditionnel. Près de la moitié d'entre eux écourteraient une hospitalisation complète en parvenant à rester à domicile après l'HAD (29 % des séjours en HAD), tandis que pour d'autres, une réhospitalisation (27 %) reste nécessaire à la suite de leur séjour en HAD. Enfin, 12 % des patients sont décédés en HAD en 2017. ■

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile en 2017



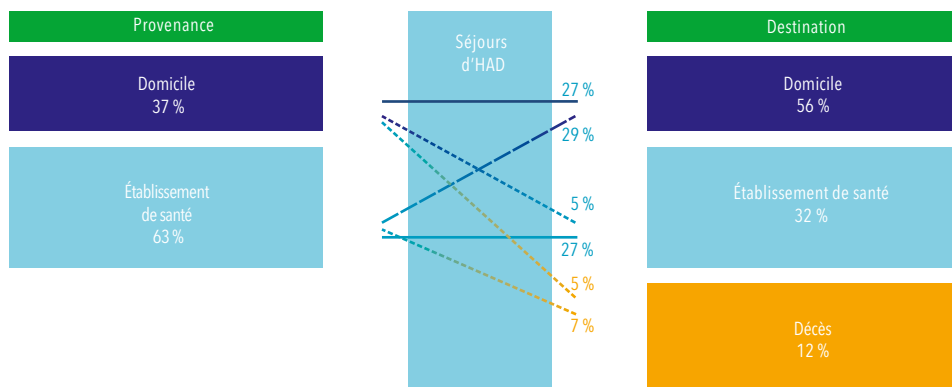
Note > Les âges sont ceux observés à l'admission.

Lecture > En 2017, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 16 % des séjours chez les femmes et 4 % chez les hommes.

Champ > France métropolitaine et DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA.

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2017, traitements DREES.

3. En 2016, la périnatalité représentait 19 % des séjours des femmes et était le deuxième motif de prise en charge pour les femmes, contrairement à ce qui était indiqué dans l'édition 2018 de cet ouvrage.

Schéma 1 Trajectoires de soins des patients ayant effectué un séjour en HAD en 2017

Lecture > En 2017, 63 % des séjours d'HAD sont précédés d'un séjour en établissement de santé, 56 % des séjours d'HAD se terminent par un retour à domicile. Pour 27 % des séjours, l'hospitalisation a été totalement évitée puisque les patients ont eu une trajectoire domicile-HAD-domicile.

Champ > Les 180 483 séjours d'HAD terminés en 2017 en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le SSA, pour lesquels les informations sur la provenance et la destination sont disponibles dans le PMSI-HAD (97 % des séjours terminés).

Sources > ATIH, PMSI-HAD 2017, traitements DREES.

Encadré Sources et méthodes**Champ**

Établissements de santé en France métropolitaine et dans les DROM (incluant Saint-Martin, Saint-Barthélemy et Mayotte), y compris le service de santé des armées (SSA), exerçant une activité d'HAD. L'activité d'HAD vient compléter ou se substituer à celle des champs de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et de soins de suite et de réadaptation (SSR), mais pas à celle de psychiatrie. L'HAD se distingue aussi des soins infirmiers ou de dialyse à domicile. Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir de l'appariement entre le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Le total des patients pouvant être pris en charge simultanément est déclaré dans la SAE, l'activité est enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2017 et ceux non terminés fin 2017. Les journées sont celles de l'année 2017 (sont exclues les journées antérieures à 2017 pour les séjours ayant déjà commencé).

Sources

Le PMSI mis en place par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) fournit une description médico-économique de l'activité des établissements de santé. Le PMSI-HAD existe depuis 2005. La statistique annuelle des établissements de santé (SAE) de la DREES décrit l'activité des établissements et les facteurs de production associés (capacités, personnel, etc.).

Définitions

> Mode de prise en charge : il s'agit d'un traitement prescrit et appliqué au patient. Plusieurs modes de prise en charge peuvent se conjuguer au cours d'une même période. Le mode principal est celui qui consomme l'essentiel des ressources.

> Degré de dépendance : il est évalué d'après la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) à six dimensions (habillement, déplacement et locomotion, alimentation, continence, comportement, relation et communication). La dépendance physique est mesurée par les scores des quatre premières dimensions, la dépendance cognitive par les scores des deux dernières. Le score global est regroupé en quatre classes : totalement autonome, faiblement, moyennement, fortement ou complètement dépendant.

Pour en savoir plus

> **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)** (2018, novembre). Analyse de l'activité hospitalière 2017. Rapport annuel.

> **Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)** (2018, novembre). L'hôpital de demain. Et si c'était aussi chez moi ? Rapport d'activité 2017-2018.

> **Mauro, L.** (2017, décembre). Dix ans d'hospitalisation à domicile (2006-2016). DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 23.